

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 129

LES

PRÉSENTATIONS DE LA FACE ET LEUR TRAITEMENT

Pendant les dix dernières années dans les Maternités
de Bordeaux

ÉTUDE STATISTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Mars 1935

PAR

Étienne-Antoine-Xavier PERY

Né à BORDEAUX (Gironde), le 24 Octobre 1911

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur.....	Juges
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 129

LES
PRÉSENTATIONS DE LA FACE
ET LEUR TRAITEMENT

Pendant les dix dernières années dans les Maternités
de Bordeaux

ÉTUDE STATISTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Mars 1935

PAR

Étienne-Antoine-Xavier PERY

Né à BORDEAUX (Gironde), le 24 Octobre 1911



Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur.....	Jugés
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale..... AUBERTIN.
Clinique chirurgicale..... BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique... GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie... ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales... CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique... C. SIGALAS.
Anatomie..... VILLEMEN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... CHARRIER.
id..... DUFOUR.	id..... LOUBAT.
Physiologie..... FABRE.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
Médecine générale..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie..... DESPONS.
id..... DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DE GRAILLY.	Physique médicale..... WANGERMEZ.
id..... FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.	MM.
Physiologie..... FABRE.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Pharmacie chimique..... VITTE.
Accouchements..... PERY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET.	

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Qui est pour nous un exemple constant
de bonté, de travail et de probité.
Faible gage de notre reconnaissance.

A MA MERE

In memoriam.

A MON FRERE

En qui nous avons trouvé constam-
ment, bien plus qu'un frère, un ami sûr
et un conseiller excellent.

A MES SOEURS

Dont l'affection et l'aide de tous les
jours ont su nous rendre moins pénible
l'absence maternelle.

A MA BELLE-SOEUR

En témoignage de notre affection.

A MON BEAU-FRERE

Que nous tenons à remercier bien sincèrement de tout ce qu'il a fait pour nous.

A MES NEVEUX ET NIECE

A MA MARRAINE

Qui a toujours fait preuve envers nous de tant de bonté et d'affection.

Qu'elle reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

A MES ONCLES ET TANTES

A MON ONCLE

LE PROFESSEUR XAVIER ARNOZAN

In memoriam.

Qui sera toujours pour nous un exemple de science, d'humilité et de charité.

A MES COUSINS, PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES,
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUBAT,
MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN,
MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES,
MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES,
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERIE,
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG,
MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET,

Qu'ils reçoivent ici l'expression de
notre gratitude pour leur accueil bien-
veillant et le précieux enseignement
qu'ils nous ont donné chacun pendant
plusieurs mois.

A MES JUGES

A MON ONCLE

LE DOCTEUR J. PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Professeur à la Faculté,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu présider notre thèse et nous en inspirer le sujet. Auprès de lui, nous avons trouvé constamment un accueil bienveillant, en quelque sorte paternel.

Pour des raisons familiales autant que médicales, nous tenons à lui exprimer ici notre gratitude et à lui dire quel respect profond et sincère nous avons pour lui.

LES

PRÉSENTATIONS DE LA FACE

ET LEUR TRAITEMENT

Pendant les dix dernières années
dans les Maternités de Bordeaux

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas, en présentant ce travail, de faire une mise au point de la question des présentations de la face.

Nous avons simplement dressé la statistique des accouchements par la face, depuis dix ans, dans les deux Maternités bordelaises.

D'après l'étude de ces observations, nous voulons présenter quelques considérations d'ordre étiologique, pronostique et thérapeutique que nous mettons en parallèle avec les données classiques actuelles, en ce qui concerne les présentations de la face.

Ce travail, inspiré par mon maître le Professeur Pery, comprend plusieurs chapitres. Après un bref aperçu historique de la question des présentations de la face, nous en étudierons successivement la fréquence, l'étiologie, le pronostic et le traitement.

Enfin, après avoir présenté dans leur essentiel les soixante-huit observations sur lesquelles est fondé notre travail, nous indiquerons les conclusions que l'on peut en déduire, principalement dans le domaine thérapeutique.

HISTORIQUE

La présentation du fœtus par la face a été signalée il y a déjà fort longtemps.

Hippocrate, vers l'an 400 avant Jésus-Christ, en avait mentionné l'existence, mais, pour lui, une telle présentation était tout à fait anormale, et il considérait l'accouchement par le sommet comme le seul naturel.

Mille neuf cents ans plus tard, au xvi^e siècle, Louise Bourgeois parle à son tour des présentations de la face, mais elle ne les tient pas pour souhaitables. Voici ce qu'elle en pense : « Lorsque la face se présente, écrit Louise Bourgeois, il faut rechercher, par tous les moyens, sans y toucher, de hâter l'accouchement, car, pour peu qu'il demeure en cet estat, il vient si contrefait, et si monstrueux du visage, qu'il semble qu'il soit tout meurtri. » C'est à partir du xvii^e siècle que l'on commence vraiment à étudier la question.

Vers 1668, Mauriceau déclare, à propos des présentations de la face, qu' « il est très difficile que l'enfant vienne en cette position ».

En 1685, Paul Portal ne considère pas l'accouchement par la face comme dangereux, mais pour lui « c'est un des plus délicats et des plus contre nature ». Et il ajoute : « L'enfant peut souffrir et avoir la tête noire et tuméfiée, mais il n'arrive rien de fâcheux ny à la mère, ny à l'enfant, ainsi que nous l'avons déjà dit. »

En 1781, Baudelocque écrit à son tour : « Les accouchements où la face se présente doivent passer pour contre

nature. Pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très petite, et le bassin maternel en même temps très large; autrement, ils deviennent fort longs et difficiles, les enfants naissent, avec la face livide et tuméfiée, et presque toujours privés de la vie, ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau. »

D'après Boer (1792), « il faut savoir, avant tout, qu'il est rare que l'accouchement par la face puisse se terminer seul ».

Mais il faut arriver au début du xix^e siècle pour trouver un auteur qui fasse autorité en la matière.

C'est en 1821 que Mme Lachapelle donne une étude complète des présentations de la face, dont elle distingue les variétés frontales.

Pour Mme Lachapelle, l'accouchement par la face est « au moins » aussi facile que l'accouchement par le sommet; elle en indique, du reste, une thérapeutique fondée sur sa grande expérience, à savoir que, dans la majorité des cas, l'accouchement se termine spontanément, la dilatation étant toujours longue, mais qu'il ne s'ensuit aucun dommage, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Elle établit donc la règle de l'expectative.

Après Mme Lachapelle, nous pouvons encore citer Litzmann et Wallich.

Pour Litzmann, les présentations de la face sont surtout fâcheuses dans les bassins rétrécis. Cependant, en cas de rétrécissement très faible, elles peuvent être abandonnées à elles-mêmes.

Wallich déclare que le pronostic d'un accouchement par la face peut être très sombre, mais seulement dans les bassins viciés.

Bar, Brindeau et Chambrelent ne sont pas aussi pessimistes. Pour eux, en dehors des bassins normaux, les présentations de la face se rencontrent également dans les bassins rétrécis, mais, dans cette catégorie, il s'agit surtout de bassins peu atteints. Par conséquent, le pronostic n'est pas aussi sombre que veut bien le dire Wallich.

Quant aux accoucheurs modernes, la question du pronostic ne les a pas autant préoccupés. Ils ont surtout discuté sur la possibilité de présentation primitive de la face. Ces présentations, niées par Pinard, ont été décrites, en particulier à Bordeaux, par MM. les Professeurs Fieux et Andérodias; dans les autres villes de France, par Guéniot, Trillat et Dubois; en Espagne, par Agüero (de Madrid), et enfin, en Belgique, par Brouha, Wéry et Kridelka.

FREQUENCE

Après la présentation du front, que nous n'avons pas à considérer dans ce travail, la présentation de la face est la plus rare de toutes.

D'après Demelin et Devraigne ⁽¹⁾, sur 1.000 présentations, il y en a seulement :

4 de la face (1 pour 250),

contre :

956 du sommet;

32 du siège;

9 de l'épaule.

Tarnier ⁽²⁾ donne le chiffre de 1 face pour 250 accouchements comme Demelin et Devraigne. D'autres auteurs trouvent des proportions différentes.

1 pour 217 accouchements (Mme Lachapelle) ⁽³⁾;

1 pour 247 accouchements (Pinard) ⁽⁴⁾.

Petitjean ⁽⁵⁾, dans sa thèse, indique la proportion de 1 pour 213. Chevalier ⁽⁶⁾, également dans sa thèse, donne 1 face pour 260 accouchements.

(1) Demelin et Devraigne, *Manuel de l'accoucheur*, 1924.

(2) Tarnier et Chantreuil, *Traité des accouchements*, 1888.

(3) Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, 1821.

(4) Pinard, *Traité du palper abdominal*.

(5) Petitjean, thèses de Paris, 1904-1905.

(6) Chevalier, thèses de Paris, 1909-1910.

Nous avons relevé les présentations de la face de 1925 à 1935, dans le service de M. le Professeur Pery, à la Maternité départementale de Pellegrin, et aussi dans le service de M. le Professeur Andérodias, à la Clinique obstétricale de l'Hôpital André-Boursier.

Voici quels sont nos résultats :

A la Maternité de Pellegrin, il y a eu, pendant les dix dernières années, 9.677 accouchements, dont 36 présentations de la face, soit une proportion de 1 pour 268.

A l'Hôpital André-Boursier, nous avons compté, pendant ce même temps, 9.599 accouchements, dont 32 présentations de la face, soit une nouvelle proportion de 1 pour 290.

En faisant la moyenne de ces deux résultats, nous obtenons sensiblement : 1 face pour 280 accouchements. Nos chiffres ne s'éloignent guère des chiffres donnés par les classiques.

Quelles sont, maintenant, les différentes variétés de présentations de la face ? Quelle est leur fréquence relative ?

Pour la majorité des auteurs, on trouve le plus souvent la variété mento-iliaque droite postérieure (M. I. D. P.) correspondant à la déflexion des occipito-iliaques gauches antérieures (O. I. G. A.), variété la plus fréquente de tous les sommets. Notre statistique est en accord avec les données classiques.

Dans 68 cas de présentations de la face, nous avons trouvé :

23 fois la variété M. I. D. P., soit 33,8 p. 100.

Ensuite, par ordre décroissant de fréquence, nous avons noté :

15 faces en M. I. G. T.;

14 faces en M. I. G. A.;

9 faces en M. I. D. T.;

4 faces en M. I. G. P.

En plus de cela, nous avons 3 faces dont la variété de position n'a pas été indiquée. Dans toutes nos observations,

les fœtus se sont dégagés en mento-pubienne, même les prématurés.

Ces prématurés se dégagent parfois en mento-sacrée, surtout si le bassin est large. Mme Lachapelle en a vu 2 se dégager en mento-transverse ⁽¹⁾. C'est une véritable rareté.

Quoi qu'il en soit, avec des fœtus normaux et à terme, le dégagement en mento-sacrée est une impossibilité.

(1) Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, 1821.

ETIOLOGIE

Presque toujours, les présentations de la face apparaissent comme secondaires au cours du travail, mais il en existe aussi de primitives.

A. — *Présentations primitives.*

Leur existence a été longtemps contestée. Mme Lachapelle, au début du xix^e siècle, a l'occasion de faire l'autopsie de 2 femmes enceintes, près du terme, et n'ayant présenté aucun début de travail. Elle constate dans les 2 cas l'existence d'un fœtus en présentation de la face.

Dubois et Désormeaux⁽¹⁾ font 49 fois sur 83 le diagnostic de face avant la rupture des membranes.

Mais Pinard, suivant en cela l'opinion de Baudelocque, Chailly et Matthews Duncan, n'admet que des présentations secondaires, dues au travail.

Pour lui, les autopsies de Mme Lachapelle⁽²⁾ ne montrent rien; les fœtus ont fort bien pu se débattre contre l'asphyxie et se trouver finalement la tête en déflexion.

Pour Pinard encore, les diagnostics de Dubois et Désormeaux ne sont guère plus démonstratifs. Le fait de constater une présentation de la face avant la rupture des membranes ne veut rien dire, si ce n'est que les fœtus se ressentent indirectement de la contraction utérine tant que la poche des eaux est intacte.

(1) Dubois et Désormeaux, cités par Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 27.

(2) Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, 1821.

Bar et Lequeux ⁽¹⁾ ont rapporté des observations de face primitive, mais pour eux : « Les présentations primitives ne sont sans doute que des présentations précoces apparaissant dans les derniers jours de la grossesse sous l'influence des contractions de l'avant-travail » (travail secret des anciens).

Malgré toutes ces dénégations, nous possédons à l'heure actuelle des observations indiscutables de face primitive dont le mérite revient d'ailleurs pour une grande part à l'école bordelaise.

En 1900, le Professeur Fieux ⁽²⁾ rapporte le cas d'une femme chez laquelle il avait reconnu, sans erreur possible, une présentation de la face, et cela treize jours avant le début du travail.

M. le Professeur Andérodias fait un diagnostic de présentation de la face, avant l'apparition des premières douleurs. Contraint de pratiquer chez la parturiente une césarienne basse, il vérifie l'exactitude de son diagnostic. Le fœtus a la tête défléchie, en raison de 3 circulaires du cordon serrés autour du cou et du menton.

Le Professeur Andérodias encore porte chez une autre femme le diagnostic de présentation de la face, trente jours avant le travail.

Huit jours avant le travail également, Puech fait un diagnostic de face par le toucher et le palper combinés.

Fleurent ⁽³⁾ pratique une opération césarienne basse avant le travail et constate une déflexion de la tête fœtale.

Brindeau ⁽⁴⁾ a observé également un cas de présentation primitive de la face.

En Belgique, Brouha, Wéry et Kridelka ⁽⁵⁾ citent également

(1) Bar, *Leçons cliniques*, 1909.

(2) Fieux, *C. R. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pédiat.*, Paris, oct. 1900, p. 225.

(3) Fleurent, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 17, 677, juillet 1928.

(4) Brindeau, *Obstétrique*, 1898, p. 234.

(5) Brouha, Wéry et Kridelka, *Liège médical*, juill. 1934; Wéry et Kridelka, *Bruxelles médical*, juill. 1934.

2 cas de présentation de la face diagnostiqués vers la fin de la grossesse.

Mais, maintenant, voici un argument majeur, en faveur de l'existence des présentations primitives de la face : c'est la radiographie de l'abdomen exécutée pendant la gestation.

Paul Guéniot ⁽¹⁾ rapporte le cas d'une primipare, chez qui on hésitait entre les deux diagnostics d'hydramnios et de grossesse gémellaire. On la radiographie au huitième mois. Il s'agit d'un seul fœtus, présentant une courbure lordotique de la colonne cervicale, avec tête défléchie. De plus, cette tête n'est pas en contact avec le détroit supérieur, mais bien au-dessus. On pense à l'existence d'une tumeur du cou, pour expliquer cette déflexion en situation haute. Huit jours, vingt-cinq jours plus tard, la radiographie donne les mêmes indications. Au bout du trente-deuxième jour, la malade accouche; le fœtus n'est porteur d'aucune tumeur cervicale.

Trillat et Dubois ⁽²⁾ diagnostiquent une face primitive grâce à la radiographie, quelques jours avant le début du travail.

Trillat ⁽³⁾ seul présente une autre observation analogue.

La question est donc bien tranchée : il existe, certainement, des présentations primitives de la face, assez rares, à la vérité.

Dans nos observations, il n'a été signalé aucune de ces présentations.

A propos de ces faces primitives, disons que certaines d'entre elles se transforment spontanément en sommet, avant tout début de travail.

Chatillon, de Genève, en a rapporté 2 cas, vérifiés par la radiographie ⁽⁴⁾.

(1) Paul Guéniot, *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1934, p. 43.

(2) Trillat et Dubois, *ibid.*, 1932, p. 130.

(3) Trillat, *ibid.*, 1930.

(4) Chatillon, *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, juill. 1931 : Congrès des gyn. et des obst. de langue française.

B. — *Présentations secondaires.*

Les présentations de la face sont le plus souvent secondaires; elles se produisent au cours du travail.

En faveur de cette manière de voir, qui est celle de la majorité, il faut noter :

a) La rareté des diagnostics de présentation de la face avant le travail;

b) La fréquence parallèle des variétés de position des faces et des variétés de position des sommets qui leur correspondent;

c) L'existence fréquente d'une cause possible de déflexion de la tête fœtale.

De ces trois points, les deux premiers ont déjà été élucidés.

Quelles sont donc les causes susceptibles d'amener une présentation de la face ?

Nous les divisons en trois paragraphes :

1° *Causes d'ordre maternel;*

2° *Causes d'ordre fœtal;*

3° *Causes d'ordre ovulaire.*

1° *Causes d'ordre maternel.*

a) PARITÉ. — Les auteurs ne sont pas univoques au sujet de l'influence de la parité.

Tandis que les uns trouvent davantage de présentations de la face chez les primipares, les autres prétendent qu'elles sont l'apanage des multipares.

Il semble que la théorie de la multiparité doive l'emporter. L'utérus d'une femme qui a accouché plusieurs fois présente, en effet, une tonicité inférieure à celle de l'utérus d'une primipare; par conséquent, il se prête moins à l'accommodation et doit favoriser la production de présentations anormales.

Le Professeur Pinard compte 191 multipares sur 331 accouchements par la face (57,7 p. 100).

Sur les 68 observations que comporte notre statistique, nous avons relevé :

21 primipares;

47 multipares.

Nos chiffres plaident donc en faveur de la multiparité avec 69 p. 100 contre 31 p. 100 de primipares.

b) RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. — Les bassins rétrécis ont de l'importance en ce qui concerne la déflexion de la tête, surtout les bassins plats rachitiques et les cyphotiques.

Dans les bassins plats rachitiques, la tête, s'engageant en transverse, substitue au diamètre bipariétal un diamètre intermédiaire au bitemporal et au bipariétal, d'où légère déflexion.

Dans les bassins cyphotiques, le menton va pouvoir se dégager au-dessous du pubis « laissant », comme le fait remarquer Jeannin ⁽¹⁾, « le bipariétal profiter de la partie la plus large du bassin ».

Pour Bar ⁽²⁾, on trouve surtout la présentation de la face dans les bassins légèrement rétrécis, moins souvent dans les bassins plus étroits.

Nous éliminons de notre statistique les fœtus prématurés et les anencéphales, pour lesquels les bassins rétrécis n'ont pas autant de raison d'entrer en jeu, et nous considérons seulement les cas où les fœtus sont normaux et à terme.

Sur 60 cas de fœtus à terme, il y a :

50 bassins normaux;

10 bassins rétrécis (bassins limites).

Dans 4 cas sur 10, nous avons noté des fœtus pesant respectivement 3.350, 3.470, 3.600 et 3.650 grammes, ce qui explique peut-être aussi la déflexion de la tête dans ces 4 observations.

(1) Jeannin, *Conférences d'accouchement*, 1909.

(2) Bar, *Pratique de l'art des accouchements*.

c) **OBLIQUITÉ EXAGÉRÉE DE L'UTÉRUS.** — Pour beaucoup d'auteurs, en particulier Matthews Duncan ⁽¹⁾, cette déviation exagérée de l'utérus entrerait en jeu. Cet organe étant dirigé de haut en bas, et d'un côté vers l'autre, l'occiput, poussé par la contraction utérine, vient buter contre la ligne innominée correspondante, et le front, pivotant autour de l'occiput comme point fixe, s'abaisse, d'où déflexion et production d'une face.

Nous avons relevé 2 cas d'obliquité utérine exagérée.

Dans le premier cas ⁽²⁾ (grossesse gémellaire), il a fallu extraire les 2 fœtus par version podalique.

Dans le second ⁽³⁾, la déviation, corrigée par un bandage de corps convenable, n'a pas empêché l'accouchement de se terminer seul.

d) **TUMEURS PELVIENNES.** — Fritsch a relevé une observation de fibro-myome. Personnellement, nous ne pouvons citer rien de semblable.

e) **PARALYSIE UNILATÉRALE DU SEGMENT INFÉRIEUR.** — Cette lésion, ne permettant la contraction utérine que d'un seul côté, peut favoriser la déflexion si l'occiput correspond au côté sain.

C'est une rareté, que nous n'avons pas rencontrée.

2° Causes d'ordre fœtal.

a) **GROS FŒTUS.** — L'augmentation du poids du fœtus peut prédisposer à une présentation de la face. Pour Demelin et Devraigne, les gros enfants se présentent 5 fois plus souvent par la face que les enfants de poids normal (20 p. 1.000 au lieu de 4 p. 1.000).

(1) Matthews Duncan, *Research in Ostetrics*, 1868.

(2) Obs. 371. 1925, Maternité Pellegrin.

(3) Obs. 748, 1927, Maternité Pellegrin.

Dans notre statistique, sur 60 fœtus normaux et à terme, nous en avons noté :

- 2 de 4.000 grammes;
- 9 pesant entre 4.000 et 4.500 grammes;
- 3 pesant entre 4.500 et 4.700 grammes,

soit 14 gros enfants d'au moins 4.000 grammes, ce chiffre donne une proportion de 23,3 p. 100.

b) DOLICHOCÉPHALIE. — Pour Hecker ⁽¹⁾ c'est là une des causes principales.

L'occiput, trop allongé, se trouve arrêté par une des lignes innommées, et la tête se défléchit.

Mais, pour Tarnier et Chantreuil ⁽²⁾, la dolichocéphalie est une conséquence, et non une cause, comme le croyait Hecker. Elle vient tout simplement du passage du fœtus dans la filière pelvi-génitale.

Aucun cas de dolichocéphalie ne se trouve indiqué dans nos observations.

c) PRÉMATURITÉ. — Malgré l'opinion de Pinard ⁽³⁾, la petitesse des dimensions céphaliques, comme leur exagération, est admise parmi les causes de déflexion.

En éliminant les fœtus anormaux, nous avons compté 3 prématurés sur 63 cas (normaux).

La proportion est donc de 7,69 p. 100.

d) MONSTRUOSITÉ. — On peut avoir affaire à des fœtus acraniens, mais, le plus souvent, il s'agit d'anencéphales. Par la conformation spéciale de leur tête, ils tendent à se présenter par la face.

Nous en avons relevé 3 cas sur 68 (4,4 p. 100). Il s'agissait 3 fois d'anencéphales.

e) DÉFORMATIONS PATHOLOGIQUES. — De telles lésions peuvent obliger le fœtus à conserver la tête défléchie.

(1) Hecker, *Ueber die Schädelform bei Gesichtslagen*, Berlin, 1869.

(2) Tarnier et Chantreuil, *Traité des accouchements*, 1888.

(3) Pinard, *Traité du palper abdominal*.

On peut en rencontrer plusieurs genres :

- une méningite congénitale;
- une malformation vertébrale;
- une tumeur du cou ou du thorax.

Dans un cas, nous avons remarqué un spina-bifida, étendu de L₂ à S₁ (fille de 2 kg. 320) ⁽¹⁾.

3° Causes d'ordre ovulaire.

a) GÉMELLITÉ. — Pour Demelin et Devraigne, cette cause est de faible importance. C'est aussi l'opinion de Pinard.

Effectivement, nous ne possédons que 2 cas de grossesses gémellaires, observées dans le service de mon maître le Professeur Pery.

Dans un cas, le premier fœtus se présente par la face (M. I. G. T.), le deuxième par le sommet ⁽²⁾.

Dans le second cas, les 2 fœtus se présentent par la face, l'un en mento-iliaque gauche antérieure, l'autre en mento-pubienne ⁽³⁾.

b) HYDRAMNIOS. — Mme Lachapelle, en particulier, a invoqué l'excès de liquide amniotique, comme cause empêchant l'accommodation et favorisant les présentations vicieuses. Dans 3 de nos observations, il y avait exagération de la quantité de liquide, sinon hydramnios vrai (7,3 p. 100 des cas).

c) INSERTION BASSE DU PLACENTA. — Vignes ⁽⁴⁾ et la plupart des accoucheurs sont d'accord pour reconnaître l'influence du placenta praevia.

Dans 4 cas personnels, la distance du bord placentaire à l'orifice interne du col mesurait de 2 à 3 centimètres : 3 fois,

(1) Obs. 478, 1932, Maternité Pellegrin.

(2) Obs. 371, 1925, Maternité Pellegrin.

(3) Obs. 1026, 1928, Maternité Pellegrin.

(4) Vignes, *Rev. gén. de clin. et thérapeut.*, juill. 1932.

l'accouchement s'est terminé spontanément (1); la quatrième fois, il a fallu une application de forceps (2).

d) BRIÈVETÉ DU CORDON. — On l'a accusé d'empêcher la flexion normale de la tête.

La longueur moyenne d'un cordon ombilical oscille entre 43 et 60 centimètres.

Dans 2 cas, les cordons mesuraient respectivement 34 et 32 centimètres (3).

Dans 6 autres cas, la brièveté du cordon était accidentelle et due à l'existence de circulaires autour du cou du fœtus.

Dans 4 cas, il existait 1 circulaire (4).

Dans 1 autre, 3 circulaires lâches (5).

Dans 1 dernier, 4 circulaires serrés (enfant mort-né) (6).

Cela nous fait, en tout, 8 cas de brièveté du cordon, sur 68 faces, soit 11,7 p. 100.

e) RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES. — Cette cause est invoquée par quelques-uns, en particulier par l'Espagnol Agüero (7). A la vérité, elle est d'une importance minime.

En dehors de toutes ces causes possibles de déflexion de la tête, dans certains cas, on a beau chercher, aucune cause apparente ne peut expliquer la présentation de la face.

Gonnet et Bourget (8) rapportent le cas d'une femme qui, sur 12 accouchements avait eu 8 sommets, 3 faces et 1 front. Rien n'a pu expliquer les 3 présentations de la face.

(1) Obs. 707, 1923; 368, 1926, et 834, 1927. Toutes les trois de la Clinique obstétricale.

(2) Obs. 537, 1932, Clinique obstétricale.

(3) Obs. 530, 1928, et 483, 1934, Maternité Pellegrin.

(4) Obs. 164, 1926; 529, 1926; 640, 1929, et 324, 1933, Clinique obstétricale.

(5) Obs. 92, 1926, Maternité Pellegrin.

(6) Obs. 730, 1931, Maternité Pellegrin.

(7) Agüero, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, mars 1934.

(8) Gonnet et Bourget, *Bull. de la Soc. franç. de gyn. et d'obst.*, 1928.

PRONOSTIC

Nous avons omis volontairement le chapitre du diagnostic des présentations de la face; c'est une question tout à fait au point à l'heure actuelle, et longuement exposée dans les traités classiques. Nous y renvoyons le lecteur.

Cela posé, passons à l'étude du pronostic.

*
* *

Jusqu'au début du xix^e siècle, le pronostic des accouchements par la face était regardé comme foncièrement défavorable. Seul, Paul Portal, en 1685, avait fait remarquer que, malgré la présentation anormale, malgré les déformations dues à l'existence de la bosse séro-sanguine sur la face, il n'y avait en général rien à redouter, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Avec Mme Lachapelle (1821), le pronostic est devenu meilleur, et, à sa suite, les accoucheurs du siècle dernier n'ont pas manifesté, envers les présentations de la face, une crainte aussi intense que celle des anciens, du moins en ce qui concerne le fœtus.

Actuellement, une présentation de la face doit toujours être l'objet d'une surveillance particulière, mais heureusement, comme nous le verrons, l'accouchement se termine seul le plus souvent. Sa gravité est conditionnée principalement par l'engagement de la face, et la rotation du menton d'arrière en avant. Nous diviserons l'étude du pronostic en pronostic maternel et pronostic fœtal.

I. — *Pronostic maternel.*

Il est sous la dépendance de plusieurs facteurs; ce sont :

- 1° la *durée du travail*;
- 2° les *interventions*;
- 3° les *traumatismes de la filière pelvi-génitale*, en l'absence d'interventions;
- 4° les *infections de l'appareil génital*.

1° *Durée du travail.*

Elle est elle-même sous l'influence de trois séries de facteurs :

a) LA LONGUEUR DE LA ROTATION DU MENTON. — Le menton doit tourner d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il soit calé sous la symphyse pubienne. Cette rotation est souvent longue dans les variétés mento-postérieures et transverses.

Dans notre statistique, on note, sur 68 cas :

- 27 mento-postérieures (39,7 p. 100);
- 24 mento-transverses (35,2 p. 100);
- 14 mento-antérieures (20 p. 100).

b) LA DYSTOCIE DES ÉPAULES. — Eventualité plutôt rare, puisque nous en avons trouvé seulement 1 cas (fœtus de 4.030 gr.).

c) LES CAUSES QUI ONT DÉJÀ PROVOQUÉ LA DÉFLEXION DE LA TÊTE FOETALE. — Ces causes peuvent intervenir de nouveau pour retarder la marche du travail. Rappelons les principales. Ce sont : le rétrécissement du bassin, l'obliquité utérine, les gros fœtus, l'hydramnios et la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon.

Dans nos observations,

- 13 accouchements ont duré moins de six heures;
- 22 accouchements ont duré de six à douze heures;
- 19 accouchements ont duré de douze à vingt-quatre heures;
- 9 accouchements ont duré plus de vingt-quatre heures.

Le plus long a duré quarante-deux heures. Pour 5 accouchements, la durée du travail n'a pas été indiquée.

2° Interventions.

Il y en a plusieurs genres; ce sont : les forceps, les versions podaliques, les césariennes, les basiotripsies, les cranioclasies et les symphyséotomies.

a) FORCEPS. — Chevalier, dans sa thèse, trouve 5 applications de forceps sur 50 cas.

Nous avons noté 11 forceps sur 68 cas; 2 fois seulement, ils ont causé une déchirure incomplète du périnée.

b) VERSIONS PODALIQUES. — Ces versions n'offrent pas plus de risques que celles que l'on pratique pour les présentations du sommet.

Il en existe 9 exemples dans notre statistique. Dans un seul cas, il y a eu déchirure incomplète du périnée.

c) CÉSARIENNES. — Nous en possédons seulement 2 cas.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme à bassin généralement rétréci, avec un fœtus de 3.650 grammes (obs. 483, 1934, Pellegrin).

Dans le deuxième, le fœtus pesait 4.000 grammes, l'opération a été pratiquée pour menace de rupture du segment inférieur (obs. 853, 1934, Clinique obstétricale).

Chaque fois, la mère est sortie de la maternité en fort bon état.

d) BASIOTRIPSIES. — Il en existe un seul cas dans notre statistique (obs. 387, 1934, Clinique obstétricale).

L'intervention n'a produit aucune lésion maternelle.

e) CRANIOCLASIES ET SYMPHYSÉOTOMIES. — Nous n'en possédons aucun cas.

3° Traumatismes génitaux.

Il peut s'en produire en dehors de toute intervention, c'est le cas que nous envisageons ici.

Le plus grave de ces traumatismes est assurément la rupture utérine.

Paul Guéniot et Suzor en ont rapporté 4 cas, avec guérison par hystérectomie⁽¹⁾. Aucune rupture utérine ne se rencontre dans nos observations. Une seule fois, l'utérus était sur le point de se déchirer, mais une césarienne basse, pratiquée à temps, a évité cette complication redoutable⁽²⁾.

Il existe parfois également des lésions du vagin; notre statistique n'en montre aucun exemple; par contre, nous pouvons citer 4 cas de déchirure incomplète du périnée. Quant aux déchirures complètes ou centrales, il n'y en a aucune dans nos 68 observations.

4° Infections maternelles.

Chevalier, dans sa thèse, cite 3 cas d'infection puerpérale légère, non mortelle, sur 50 accouchements par la face.

Pour nous, nous pouvons citer 2 cas d'infection amniotique non mortels, 3 cas d'endométrites guéris avant le dixième jour et 1 phlébite des suites des couches, peu grave et guérie elle aussi.

Ces infections proviennent d'abord de la rupture précoce ou prématurée de la poche des eaux, et ensuite de la longueur du travail.

D'après notre statistique, aucune de nos 68 parturientes n'a succombé : 7 d'entre elles ont eu des déchirures sans importance, et 6 ont guéri de complications infectieuses légères. Il faut convenir que, dans les présentations de la face, le pronostic maternel est aussi excellent que dans les présentations du sommet.

(1) Paul Guéniot et Suzor, Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn., 1926, p. 33.

(2) Obs. 853, 1934, Clinique obstétricale.

II. — *Pronostic foetal.*

Le pronostic foetal n'est pas aussi parfait que le pronostic maternel.

Sur 68 accouchements, nous avons noté : 12 enfants morts, qui se départagent ainsi :

a) ANENCÉPHALES. — 3 : Tous mort-nés (obs. 62, 1931, Maternité Pellegrin; obs. 803, 1932, et 732, 1934, Clinique obstétricale).

b) PRÉMATURÉS. — 2 jumeaux morts, l'un 11 jours, l'autre 12 jours après la naissance (obs. 1026, 1928, Pellegrin).

c) FOËTUS A TERME. — 7, dont :

2 jumeaux, morts et macérés ⁽¹⁾;

2 mort-nés : l'un portait 4 circulaires serrés autour du cou ⁽²⁾; l'autre avait souffert, par enclavement de la face, et subi ensuite une application de forceps ⁽³⁾;

1 mort *in utero*; basiotripsie après application de forceps défectueuse ⁽⁴⁾;

1 mort au dixième jour d'une hémorragie méningée consécutive à un forceps ⁽⁵⁾;

1, né en état de mort apparente et impossible à ranimer. Forceps ⁽⁶⁾.

En dehors des enfants morts, nous devons encore mentionner : 6 enfants nés en état de mort apparente, facilement ranimés, et 1 enfant né vivant, mais présentant une paralysie du bras gauche, qui a d'ailleurs régressé rapidement; cet enfant avait été extrait par version podalique ⁽⁷⁾.

(1) Obs. 371, 1923, Maternité Pellegrin.

(2) Obs. 750, 1931, Maternité Pellegrin.

(3) Obs. 471, 1932, Maternité Pellegrin.

(4) Obs. 387, 1934, Clinique obstétricale.

(5) Obs. 642, 1929, Maternité Pellegrin.

(6) Obs. 179, 1931, Maternité Pellegrin.

(7) Obs. 463, 1933, Maternité Pellegrin.

Sans compter les anencéphales et les prématurés, il nous reste 7 enfants morts arrivés à terme dont 2 jumeaux.

- Comme nous avons relevé ailleurs 60 accouchements de fœtus normaux et à terme, cela fait une proportion de morts de 6 pour 60, soit 10 p. 100; ce chiffre est très voisin de celui des classiques.

En dehors des causes habituelles de mortinatalité, il faut incriminer, dans les présentations de la face :

les compressions du cordon;
la gêne de la circulation cérébrale;
les interventions.

1° *Les compressions du cordon.* — Le cordon, enroulé autour du cou, peut être comprimé entre le dos et l'occiput.

Nous avons noté :

4 fois : 1 circulaire du cordon (4 enfants vivants) ⁽¹⁾;
1 fois : 3 circulaires lâches (enfant vivant) ⁽²⁾;
1 fois : 4 circulaires serrés (enfant mort-né) ⁽³⁾.

Si le cordon est procident, il peut être comprimé entre la tête fœtale et le bassin maternel. Nous avons relevé 1 seul cas de latérocidence du cordon, avec enfant vivant ⁽⁴⁾.

2° *Gêne de la circulation cérébrale.* — Elle est due à l'hyperextension de la tête fœtale (Professeur Jeannin) ⁽⁵⁾.

3° *Les interventions.* — Il s'agit principalement des applications de forceps.

Nous possédons 1 cas de mortinatalité par application de forceps ⁽⁶⁾ et 1 cas d'hémorragie méningée due au forceps, avec mort au dixième jour ⁽⁷⁾.

(1) Obs. 164, 1926, 529, 1926, 610, 1929, et 324, 1933, Clinique obstétricale.

(2) Obs. 92, 1926, Maternité Pellegrin.

(3) Obs. 750, 1931, Maternité Pellegrin.

(4) Obs. 973, 1930, Maternité Pellegrin.

(5) Jeannin, *Conférences d'accouchement*, 1909.

(6) Obs. 471, 1932, Maternité Pellegrin.

(7) Obs. 642, 1929, Maternité Pellegrin.

En dehors des causes dues à l'accouchement, on peut voir mourir des fœtus dans les premiers jours, à la suite d'accidents infectieux. Il peut s'agir d'ophtalmie gonococcique, de broncho-pneumonie de déglutition ou d'infections cutanées généralisées.

De ces trois sortes d'infection, les infections cutanées doivent être plus fréquentes chez les enfants nés par la face. Cependant, nous n'avons trouvé dans notre statistique aucune sorte d'infection cutanée ou autre chez le nouveau-né.

En tout cas, si le pronostic maternel est excellent à la fois dans les accouchements par la face et dans les accouchements par le sommet, le pronostic fœtal, avec ses 10 p. 100 de mortalité, est nettement plus sérieux dans les présentations de la face.

THERAPEUTIQUE

Mauriceau, au xvii^e siècle, et Boer, au xviii^e, considéraient comme très rare et très difficile la terminaison spontanée d'un accouchement par la face.

Portal, en 1683, préconise la version podalique, dans le cas d'une face qui reste élevée.

Pour Baudelocque, on ne doit s'attendre à l'accouchement spontané que dans le cas d'une tête très petite ou d'un bassin très large. Au début du xix^e siècle, Mme Lachapelle fait remarquer que, dans la plupart des cas, l'accouchement se termine seul; il faut savoir attendre. Cependant, si un fœtus vivant paraît immobilisé en position mento-postérieure, Mme Lachapelle conseille la version podalique. « Je crois que je ferais tout pour aller aux pieds », écrit-elle dans sa *Pratique des accouchements*.

A l'heure actuelle, la conduite à tenir varie suivant la marche de l'accouchement.

Nous diviserons cette étude en deux parties :

- a) Conduite à tenir avant le travail;
- b) Conduite à tenir pendant le travail.

Pour terminer, nous dirons un mot des soins qu'il faut donner à l'enfant pendant les premiers jours de son existence.

1. — *Conduite à tenir avant le travail.*

Dans les présentations de la face, les variétés mento-postérieures représentent la plus grande proportion. Chevalier,

dans sa thèse, donne le chiffre de 54,3 p. 100. Pour nous, nous avons trouvé 39,7 p. 100 de mento-postérieures et 35,2 p. 100 de mento-transverses. Mais, qu'il s'agisse de mento-postérieures ou de transverses, pour que l'accouchement soit possible, il faut, de toute nécessité, que le menton effectue une rotation d'arrière en avant, jusqu'à être calé sous la symphyse. Alors, seulement, la tête fœtale peut se dégager par flexion.

Mais, parfois, la rotation de la tête est impossible, ou sa déflexion insuffisante.

Dans les 2 cas, pour que l'accouchement puisse se terminer, il faut intervenir. Un accouchement par la face présente donc des risques, à n'en pas douter.

Partant de ce principe, certains accoucheurs ont proposé d'essayer la transformation de la face en sommet avant tout travail.

Parmi les noms de ces accoucheurs, nous retiendrons seulement ceux de Schatz et de Fritsch, qui ont proposé chacun un procédé.

a) PROCÉDÉ DE SCHATZ. — Par l'intermédiaire de la paroi abdominale, on soulève les épaules du fœtus, ensuite, on appuie sur l'occiput de haut en bas et enfin, sur le siège, également de haut en bas. Ces différents gestes exigent l'intervention d'un aide.

Ce procédé s'est montré souvent inefficace, et parfois même dangereux.

b) PROCÉDÉ DE FRITSCH. — On fait tout simplement coucher la femme dans le décubitus latéral, de façon à corriger l'obliquité utérine.

Cette manœuvre, plus inoffensive que la précédente, est tout aussi inefficace, en général.

L'une et l'autre, en tout cas, sont à déconseiller formellement et n'entrent pratiquement jamais en ligne de compte; elles risquent de transformer une présentation relativement eutocique en une autre bien plus dystocique, intermédiaire entre la face et le sommet, qui est le front.

D'ailleurs, pour penser à corriger une présentation de la face, il faut en avoir fait le diagnostic avant tout travail.

En pratique, c'est une éventualité plutôt rare.

Dans nos observations, il n'existait aucune présentation primitive de la face.

II. — *Conduite à tenir pendant le travail.*

Supposons maintenant le travail commencé; il existe une présentation de la face. Que convient-il de faire?

Plusieurs cas peuvent se présenter; nous les envisagerons l'un après l'autre, et, pour chacun d'eux, nous indiquerons la conduite à tenir.

A. — *Dilatation incomplète. Poche des eaux intacte.*

Il faut savoir ne rien faire et attendre le temps nécessaire, tant que le fœtus ne souffre pas. Certains auteurs ont conseillé de pratiquer à ce moment la transformation en sommet, en particulier Baudelocque, Pinard et Thorn.

Baudelocque propose d'introduire la main dans l'utérus, d'aller embrasser l'occiput et de l'entraîner en bas pour obtenir un sommet.

Pinard fait la même manœuvre, mais par l'intermédiaire de la paroi abdominale; en même temps, l'autre main, introduite dans l'utérus, va repousser le front de bas en haut. Simultanément, il faut essayer la rotation de la tête.

Thorn utilise des manœuvres complexes dérivées de celles de Schatz; il a obtenu quelques succès.

Ces procédés sont inefficaces et parfois dangereux; ils risquent d'entraîner une présentation du front, une procidence du cordon ou des membres.

Quant à la transformation spontanée en sommet, c'est une exception sur laquelle on ne doit pas compter. Chatillon, de Genève, en a rapporté 2 cas ⁽¹⁾. Nous en possédons un seul

(1) Chatillon, *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, juill. 1934, p. 394-400.

dans notre statistique (obs. 707, 1923, Clinique obstétricale).

Dans la majorité des cas, un accouchement par la face se termine seul.

De 1923 à 1933, dans les Maternités de Bordeaux, il y a eu, sur 68 présentations de la face :

- 43 expulsions spontanées;
- 11 applications de forceps;
- 9 versions podaliques;
- 2 césariennes basses;
- 1 basiotripsie.

Sur ces 68 cas, 3 fois seulement on a dû intervenir alors que la dilatation n'était pas complète et la poche des eaux intacte :

a) On rompt les membranes à petite palmaire pour longueur du travail. Peu après, la dilatation se complète et l'accouchement se termine spontanément (obs. 664, 1931, Maternité Pellegrin).

b) On rompt les membranes à grande palmaire pour une présentation du front, avec souffrance fœtale. On constate peu après une déflexion de la tête, survenue spontanément. On fait une rotation manuelle en mento-pubienne. Les bruits du cœur deviennent mauvais. On termine par une application de forceps (obs. 196, 1929, Maternité Pellegrin).

c) Dans un troisième cas, on rompt les membranes pour arrêt de la dilatation. Mais, de suite après, une ébauche de syndrome de Bandl commande d'urgence l'intervention par voie haute (césarienne basse sous rachianesthésie). La face était encore au détroit supérieur.

B. — Dilatation incomplète. Membranes rompues.

La transformation en sommet, dans ce cas, paraît plus facile qu'avant la rupture des membranes. Mais elle n'est guère plus recommandable. On l'a tentée 1 fois, à la Clinique

obstétricale, sans succès d'ailleurs (obs. 289, 1930, Clinique obstétricale).

Agüero, en Espagne ⁽¹⁾, a observé 1 cas de transformation spontanée en sommet dans les conditions présentes. C'est une exception. Il vaut encore mieux ne rien faire, comme précédemment.

Dans nos observations, la poche des eaux s'est rompue spontanément avant la dilatation complète dans 30 cas sur 68 (44 p. 100).

25 fois, on s'est borné à l'expectative jusqu'à dilatation complète, prêt à intervenir, s'il le fallait. Dans 5 cas seulement, on n'a pas attendu la dilatation complète.

a) 4 fois, il y avait souffrance fœtale; après dilatation bimanuelle, on a pratiqué :

2 forceps pour face engagée (obs. 313, 1926, et 537, 1932, Clinique obstétricale);

2 versions pour face au détroit supérieur (enfants vivants; dans un cas, paralysie du bras gauche, régression rapide) (obs. 311, 1929, et 463, 1933, Maternité Pellegrin).

b) La cinquième fois, les membranes étaient rompues depuis le début du travail, le fœtus perdait son méconium, et la face tendait à s'enclaver dans un bassin généralement rétréci. On a fait une opération césarienne basse (obs. 483, 1934, Maternité Pellegrin).

C. — Dilatation complète.

a) LA FACE EST AU DÉTROIT SUPÉRIEUR ET NE S'ENGAGE PAS. Deux moyens thérapeutiques différents peuvent être employés :

1° *Si l'enfant n'est pas trop gros et le bassin normal.* — On fait une version par manœuvres internes. Nous en avons 7 exemples dans notre statistique :

⁽¹⁾ Agüero, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, mars 1934.

La première version a pu être réussie dans un bassin rétréci, avec manœuvre de Champetier pour la tête dernière. C'est une thérapeutique dangereuse (obs. 439, 1923, Pellegrin);

2 autres versions ont été pratiquées pour souffrance fœtale (obs. 371, 1923, et 530, 1928, Pellegrin);

2 pour déflexion imparfaite avec tendance à la présentation du front (obs. 889, 1926, et 448, 1929, Pellegrin),

et 2 enfin pour la raison seule que la face tardait à s'engager (obs. 283, 1930, Pellegrin, et 29, 1933, Clinique obstétricale).

Le Professeur Andérodias ⁽¹⁾ a observé chez une primipare âgée une face qui ne s'engageait pas à dilatation complète. Il a tenté un forceps au détroit supérieur en M. I. D. T. Le forceps a dérapé. Il a essayé ensuite une version, elle n'a pu se faire. Mais il a entrepris une conversion en sommet par la manœuvre de Thorn; le succès a été complet. Un nouveau forceps a extrait un enfant vivant de 3 kilos.

2° *Quand l'enfant est trop gros ou le bassin rétréci.* — On fait une césarienne basse. Nous en avons rapporté 2 observations, pratiquées à dilatation incomplète ⁽²⁾.

b) LA FACE EST ENGAGÉE. — Tant qu'il n'y a pas de souffrance fœtale, si la face est bien défléchie, la bossé séro-sanguine normale, il faut encore savoir ne rien faire et se borner à l'expectative. Le plus souvent, l'accouchement se termine seul.

Il suffit, au moment du dégagement, de soutenir le périnée, en empêchant la tête de se fléchir trop brusquement, ce qui amènerait une déchirure centrale.

Dans nos observations, sur 60 femmes parvenues à dilatation complète, 44 ont accouché spontanément.

(1) Andérodias, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929, p. 343.

(2) Obs. 483, 1934, Pellegrin, et 863, 1934, Clinique obstétricale.

Dans 2 cas, on a pratiqué une épisiotomie préventive. Dans 4 autres, il y a eu déchirure incomplète du périnée.

c) LA FACE EST ENGAGÉE, MAIS LE TRAVAIL TRAÎNE EN LONGUEUR, LA POCHÉ DES EAUX EST ROMPUE DEPUIS LONGTEMPS. — Dans ce cas, Mme Lachapelle, ainsi que Demelin, conseillent d'introduire un doigt dans la bouche du fœtus et d'appuyer ce doigt contre la voûte palatine, pour accentuer la déflexion. En même temps, on essaie une rotation manuelle de la tête fœtale.

Cette manœuvre a été utilisée 6 fois dans notre statistique, pour immobilisation en mento-postérieure.

3 fois, on a pu déterminer la cause qui empêchait la rotation. Il s'agissait d'un gros enfant, d'une épine sciatique proéminente ou d'une bosse séro-sanguine exagérée.

Dans les 3 autres cas, aucune cause précise n'a pu être signalée; la rotation spontanée se serait peut-être produite, mais la rupture des membranes survenue depuis longtemps commandait l'intervention.

Après ces rotations manuelles, l'accouchement s'est terminé 2 fois spontanément; dans les autres cas, au nombre de 4, il a fallu une application de forceps.

D'après Suzor (1), 2 autres manœuvres peuvent être essayées à la place de la précédente.

La première est celle de Volland; elle consiste à introduire une main dans l'utérus, et, avec cette main, à embrasser le massif facial, que l'on amène en avant.

La deuxième manœuvre est celle de Reed et Unterberger. Ces deux accoucheurs introduisent une branche de forceps et l'appliquent contre la face; deux doigts sont placés en même temps dans l'utérus et repoussent l'occiput en arrière.

Nous n'avons jamais vu utiliser ces deux procédés.

(1) Suzor, Conduite à tenir dans les mento-postérieures, *L'Hôpital*, janv. et févr. 1934.

Pratiquement, quand le travail traîne en longueur, il n'existe que deux moyens d'action :

la *basiotripsie*, si l'enfant a succombé;

le *forceps*, s'il est vivant.

α. Une observation de basiotripsie pour présentation de la face a été relevée dans le service de M. le Professeur Andérodias, le 10 mai 1934.

Chez une tertipare, on constate une présentation de la face, accompagnée de contracture utérine intense. On complète peu à peu la dilatation à coups de morphine et de spasalgine. A ce moment, la face, située à la partie haute de l'excavation, tend à tourner en mento-sacrée. On fait une application de forceps en M. I. D. P. La prise est difficile et amène péniblement la tête en M. I. D. A. La rotation ne peut aller plus loin. On constate alors que les bruits du cœur sont inexistants. On termine l'accouchement au basiotribe, et, après une dystocie assez importante des épaules, on extrait un fœtus de 4.030 grammes.

β. Dans le cas d'enfant vivant, on fait une application de forceps.

Il y en a 8 exemples dans notre statistique (obs. 1026, 1928; 642, 1929; 681, 1930; 179, 1931; 471, 1932; 677, 1932; 1, 1934, Maternité Pellegrin; obs. 289, 1930, Clinique obstétricale).

Vignes ⁽¹⁾ fait remarquer qu'il y a certaines précautions à prendre, quand on fait une application de forceps sur la face.

Dans les mento-pubiennes, il faut bien relever les manches des cuillers avant d'articuler.

Dans les mento-antérieures, on fait la rotation manuelle en mento-pubienne. On défléchit en appuyant avec un doigt sur la voûte palatine, et on termine comme précédemment.

(1) Vignes, Présentation de la face, *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, juill. 1932.

Dans les mento-postérieures non enclavées, on fait une prise oblique, suffisamment solide pour faire tourner le menton en avant. Quand le menton est en avant on fait une deuxième prise, et, à ce moment-là seulement, on commence la traction. Pour empêcher la tête de se fléchir pendant la rotation et la traction, on appuie sur la voûte palatine jusqu'à ce que le menton soit calé sous l'arcuatum (manœuvre de Lefour). Si on ne prend pas ces précautions, on risque de provoquer une présentation du front, éventualité regrettable.

Suzor fait remarquer que, avec le forceps de Demelin à branches convergentes, un front ne peut survenir.

Si la face est enclavée en mento-postérieure, Vignes, ainsi que Rossier et Lelorier ⁽¹⁾ préconisent la symphyséotomie ou la pubiotomie. Audebert et Galy-Gasparrou, de Toulouse ⁽²⁾, ont rapporté une observation de pubiotomie, pour enclavement de la face en M. I. D. T. Actuellement, grâce à l'asepsie, la césarienne basse reste le traitement de choix.

Pour terminer cette étude thérapeutique, disons quelques mots des soins à donner à l'enfant après sa naissance.

A vrai dire, ils ne diffèrent en rien de ceux que l'on donne à un enfant né par le sommet, seulement les enfants nés par la face ont la peau de la région tuméfiée et infiltrée. Toute la face a été en rapport, pendant un temps plus ou moins long, avec les sécrétions vaginales. Elle a pu subir des touchers répétés. Il convient donc d'en prendre soin encore plus qu'à l'ordinaire. Il faut désinfecter plus particulièrement les yeux, puis la bouche et le nez.

De la sorte, on évitera l'ophtalmie purulente, et la broncho-pneumonie de déglutition.

Nous ferons remarquer enfin que l'allaitement peut présenter quelques difficultés au début, à cause de l'infiltration des lèvres et de la langue.

(1) Rossier et Lelorier, *Gynécologie et obstétrique*, août 1923.

(2) Audebert et Galy-Gasparrou, *Ball. de la Soc. franç. d'obst. et de gyn.*, 1929.

OBSERVATIONS

I. — *Maternité départementale de Pellegrin.*

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Année 1925.

N° 371.

I-pare. Grossesse gémellaire bivitelline. Premier fœtus en M. I. G. T. Deuxième fœtus en O. I. D. T. Utérus dévié à droite. Durée du travail : 25 h. 30. Extraction des deux fœtus par versions podaliques. Enfants morts et macérés, du sexe féminin, pesant 3.000 et 2.950 grammes. Délivrance artificielle pour hémorragie. Injection iodée.

N° 439.

VIII-pare. Face en M. I. D. P. Promontoire accessible. Cardiopathie. Durée du travail : 6 h. 45. Version podalique, avec manœuvre de Champetier. Enfant vivant de 3.220 grammes. Délivrance artificielle pour hémorragie abondante. Injection iodée.

Année 1926.

N° 92.

VII-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 27 h. 20. Expulsion en 5 minutes. Enfant vivant de 3.270 grammes. 3 circulaires lâches.

N° 208.

III-pare. Face en M. I. D. P. avec latérocidence de la main gauche. Durée du travail : 8 h. 30. Expulsion en 10 minutes. Enfant vivant de 3.770 grammes.

N° 889.

II-pare. Face en M. I. D. P. Tendance au front. Durée du travail : 28 heures. Version podalique. Enfant vivant de 3.450 grammes.

Année 1927.

N° 748.

II-pare. Face en M. I. D. T. Durée du travail : 15 h. 50. Obliquité utérine marquée. Redressement de l'utérus par serre-corps. Expulsion en 2 h. 05. Enfant vivant de 3.720 grammes.

N° 911.

I-pare. Face en M. I. D. T. Bassin rétréci. Poche des eaux rompue prématurément. Durée du travail : 11 heures. Expulsion en 1 h. 15. Enfant vivant de 3.100 grammes.

Année 1928.

N° 530.

VI-pare. Face en M. I. G. T. Durée du travail : inconnue. Version podalique pour souffrance fœtale. Enfant de 4.680 grammes, étonné, facilement ranimé.

N° 749.

II-pare. Promontoire accessible à 11 centimètres. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 14 h. 45. Expulsion en 25 minutes. Enfant vivant de 3.420 grammes.

N° 1026.

I-pare. Grossesse gémellaire bivitelline. Faces en M. I. G. A. et M. P. Durée du travail : 9h. 15. 2 forceps. Enfants de 1.420 et 1.450 grammes, de sexe différent, prématurés (8 mois 1/2) morts l'un 11 jours, l'autre 12 jours après.

Année 1929.

N° 196.

I-pare. Promontoire accessible loin. Face en M. I. G. T., secondaire à un front. Durée du travail : 17 h. 35. Rupture artificielle des membranes à grande palmaire. Rotation manuelle de la tête en M. P. Souffrance fœtale. Forceps. Enfant vivant de 3.220 grammes.

N° 311.

II-pare. Face en M. I. G. P. Durée du travail : 20 h. 15. Version podalique. Enfant vivant de 3.450 grammes.

N° 448.

IV-pare. Face en M. I. G. T. Durée du travail : 10 h. 20. Version podalique. Enfant vivant de 4.390 grammes.

N° 621.

III-pare. Grossesse à 8 mois 1/2. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 4 h. 30. Expulsion en 15 minutes. Enfant de 2.800 grammes. A vécu.

N° 642.

I-pare. Bassin rétréci. Face en M. I. D. P. Rupture précoce des membranes. Durée du travail : 14 heures. Première tentative de forceps à domicile; insuccès. Deuxième tentative 2 heures après à la Maternité. Extraction facile d'un enfant de 3.470 grammes, étonné, facilement ranimé. Délivrance artificielle pour hémorragie. Enfant mort au dixième jour, d'hémorragie sous dure-mérienne.

N° 824.

III-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 5 h. 23. Expulsion en 10 minutes. Enfant de 2.790 grammes, étonné, ranimé facilement.

Année 1930.

N° 283.

I-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 17 heures. Version podalique. Enfant vivant de 3.440 grammes.

N° 684.

V-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 20 h. 30. Rotation manuelle. Souffrance fœtale. Forceps en M. P. Extraction d'un enfant vivant de 3.900 grammes.

N° 864.

IV-pare. Bassin canaliculé. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 17 h. 15. Expulsion en 15 minutes. Episiotomie. Enfant vivant de 3.600 grammes.

N° 973.

I-pare. Face en M. I. D. T. secondaire à un front. Latérocidence du cordon. Durée du travail : 7 h. 40. Expulsion en 25 minutes. Enfant vivant de 3.400 grammes.

Année 1934.

N° 62.

I-pare. Face prise pour un siège avant la rupture des membranes. Durée du travail : 34 h. 30. Expulsion en 4 h. 30. Enfant de 3.200 grammes, anencéphale.

N° 75.

VI-pare. Face en M. I. G. T. engagée. Durée du travail : 5 heures. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 3.350 grammes.

N° 179.

II-pare. Face en M. I. D. P. Bassin légèrement rétréci. Grosse bosse séro-sanguine. Face paraît enclavée au D. S. Contractions très fortes. Morphine. Souffrance fœtale. Rotation manuelle en M. P. Forceps. Enfant de 3.350 grammes, impossible à ranimer. Révision utérine et délivrance artificielle.

N° 664.

V-pare. Face en M. I. G. T. Rupture des membranes artificielle à petite palmaire pour longueur du travail. Durée du travail : 41 h. 55. Expulsion en 20 minutes. Enfant vivant de 3.380 grammes.

N° 750.

III-pare. Poche des eaux rompue à l'arrivée. Face en M. P. Durée du travail : 33 h. 30. Expulsion en 10 minutes. Enfant mort de 3.650 grammes, 4 circulaires.

N° 754.

VI-pare. Face en M. I. D. T. Durée du travail : 7 heures. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 4.100 grammes.

Année 1932.

N° 471.

IV-pare. Face en M. I. G. T. enclavée. Membranes rompues depuis la veille. Utérus contracturé. Durée du travail : 30 heures. Forceps en oblique. Enfant mort de 3.480 grammes. Albuminurie chez la mère pendant 6 jours après l'accouchement.

N° 478.

III-pare. Bassin rétréci. Spécificité. Arrive à 8 mois 1/2. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 5 h. 30. Expulsion en 20 minutes. Enfant vivant de 2.320 grammes du sexe féminin, avec un spina bifida de L₂ à S₁.

N° 677.

VII-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 22 heures. Souffrance fœtale. Forceps. Enfant vivant de 4.230 grammes.

Année 1933.

N° 463.

V-pare. Facé en M. I. D. T. au D. S. Membranes rompues précocement, à la dilatation de 5 francs. Souffrance fœtale. Morphine. Version podalique. Durée du travail : 6 heures. Enfant vivant de 3.870 grammes, présentant une paralysie du bras gauche, ayant d'ailleurs régressé rapidement.

N° 634.

II-pare. Face en M. I. D. T. Durée du travail : 6 h. 30. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 3.400 grammes.

Année 1934.

N° 1.

II-pare. Face en M. I. ° G. T. Poche des eaux rompue depuis 2 jours 1/2, au début du travail. Souffrance fœtale. Albuminurie maternelle. Spasalgine. Forceps. Enfant de 3.250 grammes facilement ranimé. Physométrie. Délivrance artificielle. Injection chaude. Antivirus.

N° 483.

II-pare. Face en M. I. D. P. Bassin généralement rétréci. Durée du travail : 43 heures (?). Au bout de ce temps, la dilatation reste à 5 francs. Tendance à l'enclavement. Souffrance fœtale. Température : 37°8. Césarienne basse sous anesthésie générale (éther). Utérus fibromateux. Hémorragie abondante après l'extraction du fœtus et du placenta. Massage utérin. Hypophyse dans la paroi utérine. L'utérus revient rapidement. Enfant vivant de 3.650 grammes.

N° 557.

II-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 6 heures. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 3.720 grammes.

N° 696.

II-pare. Promontoire accessible (P. S. P. = 10,5). Albuminurie. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 11 heures. Expulsion en 4 h. 30 après rotation manuelle sous chloroforme. Enfant vivant de 3.700 grammes.

N° 784.

VII-pare. Face en M. I. G. A. engagée. Durée du travail : 13 heures. Expulsion en 30 minutes. Enfant vivant de 4.520 gr.

II. — *Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux.*

(Service de M. le Professeur ANDÉRODIAS,
Hôpital André-Boursier.)

Année 1925.

N° 174.

II-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 9 heures. Expulsion en 5 minutes. Enfant vivant de 3.300 grammes.

N° 377.

V-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 1 h. 40. Expulsion en 30 minutes. Enfant vivant de 3.400 grammes.

N° 707.

VI-pare. Face en M. I. D. P. Transformation spontanée en sommet : O. I. G. A. Durée du travail : 9 heures. Expulsion en 5 minutes. Enfant vivant de 4.000 grammes.

Année 1926.

N° 164.

I-pare. Face en M. I. G. T. Durée du travail : 24 heures. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Expulsion en 20 minutes. Enfant vivant de 3.000 grammes.

N° 313.

I-pare. Face en M. I. G. T. Début d'infection amniotique. Forceps. Enfant vivant de 3.780 grammes.

N° 368.

I-pare. Face en M. I. D. T. Expulsion d'un enfant vivant de 4.120 grammes. Crise d'éclampsie de suite après la délivrance. Coma. Guérison.

N° 529.

III-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 5 h. 15. Expulsion en 5 minutes. Enfant vivant de 3.340 grammes.

N° 661.

II-pare. Accouchement prématuré à 8 mois. Diagnostic de face non porté. Durée du travail : 4 h. 45. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 3.620 grammes.

Année 1927.

N° 106.

I-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 13 h. 30. Expulsion en 30 minutes. Enfant vivant de 2.700 grammes.

N° 279.

VII-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 4 h. 45. On aide la rotation en M. P. en plaçant un doigt dans la bouche du fœtus.

Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 4.160 grammes, légèrement achondroplasique.

N° 854.

II-pare. Front en N. I. G. A. On décide une version. Transformation spontanée en face : M. I. G. A. Durée du travail : 6 heures. Expulsion en 30 minutes. Enfant vivant de 2.540 grammes. Placenta présentant 2 cicatrices d'infarctus. Insertion basse. Petite membrane : 2 centimètres. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

N° 285 bis.

III-pare. Présentation du front à grande palmaire. Contractions utérines énergiques. Déflexion de la tête. Durée du travail : 5 h. 20. Expulsion en 20 minutes. Enfant vivant de 3.180 grammes.

Année 1928.

Aucune présentation de la face.

Année 1929.

N° 79.

I-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 11 h. 30. Expulsion en 1 h. 30. Enfant vivant de 3.230 grammes.

N° 338.

IV-pare. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 20 h. 30. Expulsion en 1 heure. Enfant vivant de 3.250 grammes.

N° 610.

I-pare. Face en M. I. G. P. Durée du travail : 5 heures. Expulsion en 30 minutes. Enfant vivant de 3.350 grammes.

N° 770.

II-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 5 heures. Expulsion en 10 minutes. Enfant vivant de 2.940 grammes.

Année 1930.

N° 289.

I-pare. Face en M. I. D. P. Essai de transformation en sommet. Echec. Expression utérine soutenue. Engagement de la face. La dilatation se complète. Une traction sur la commissure buccale amène la face en M. P. Forceps. Enfant vivant de 4.140 grammes.

N° 800.

II-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 8 h. 45. Expulsion en 45 minutes. Enfant vivant de 3.250 grammes.

Année 1931.

N° 288.

I-pare. Front en N. I. G. P. Déflexion spontanée. Face en M. I. G. P. Durée du travail : 16 h. 40. Expulsion en 2 h. 10. Enfant vivant de 3.080 grammes. Tête déformée. Douze jours après, la mère fait une psychose puerpérale.

Année 1932.

N° 87.

I-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 3 h. 15. Expulsion en 15 minutes. Enfant vivant de 2.170 grammes.

N° 480.

II-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 8 heures. Expulsion en 45 minutes. Enfant vivant de 4.300 grammes.

N° 557.

I-pare. Face en M. I. G. T. Intervention pour longueur du travail et régression de la dilatation. Dilatation bimanuelle. Forceps. Double épisiotomie. Enfant vivant de 3.500 grammes.

N° 805.

VII-pare. Face en M. I. G. A. Durée du travail : 3 h. 30. Expulsion en 30 minutes. Enfant de 1.260 grammes mort, macéré et anencéphale.

Année 1933.

N° 29.

III-pare. Désarticulation de la hanche gauche pour ostéosarcome douze ans auparavant. Face en M. I.-D. T. Version podalique. Enfant vivant de 2.700 grammes.

N° 218.

II-pare. Face en M. I. G. T. Durée du travail : 8 h. 5. Expulsion en 10 minutes. Enfant vivant de 3.080 grammes.

N° 324.

II-pare. Face en M. I. D. P. Durée du travail : 10 h. 55. Expulsion en 20 minutes. Enfant vivant de 3.400 grammes.

Année 1934.

N° 25.

I-pare. Face en M. I. G. T. Descente et rotation pénibles. Expression utérine. Episiotomie large. Durée du travail : 19 h. 30. Expulsion en 2 heures. Enfant vivant de 2.400 grammes.

N° 276.

I-pare. Front en N. I. G. A. Transformation spontanée en face : M. I. G. A. Durée du travail : 11 h. 45. Expulsion en 1 h. 15. Enfant vivant de 3.920 grammes.

N° 387.

III-pare. Face en M. I. D. T. à la partie haute de l'excavation. Contracture utérine. Spasmalgine, morphine. La dilatation se complète lentement. La face tend à tourner en arrière. Forceps en M. I. D. T. Prise difficile, rotation en M. I. D. A. assez facile, puis en M. P., très pénible. Bruits du cœur inexistants. Basiotripsie. Enfant de 4.030 grammes. Délivrance artificielle. Révision utérine.

N° 732.

I-pare. Albuminurie gravidique. Face en variété non déterminée. Accouchement prématuré à 6 mois $1/2$. Expulsion spontanée d'un enfant de 1.370 grammes, anencéphale.

N° 853.

II-pare. Face en M. I. G. T. Hypertonie, morphine plusieurs fois. Après 24 heures, dilatation stationnaire. On rompt la poche des eaux. Nouvelle hypertonie. Ebauche de syndrome de Bandl. Bruits du cœur mauvais. Césarienne basse. Rachianesthésie à la syncaïne (0,10), après éphédrine. Enfant vivant de 4.000 grammes.

N° 1038.

X-pare. Face en M. I. G. T. Promontoire accessible au loin. Durée du travail : 6 h. 40. Expulsion en 10 minutes. Enfant vivant de 3.200 grammes.

CONCLUSIONS

De cette étude statistique des présentations de la face dans les Maternités bordelaises, pendant dix années, nous pouvons tirer des conclusions d'ordre étiologique, pronostique et thérapeutique.

I. — On rencontre 1 présentation de la face sur 280 accouchements. Dans ces présentations, la variété mento-iliaque droite postérieure est la plus importante avec une fréquence de 33,8 p. 100.

II. — Les présentations primitives de la face, bien que peu fréquentes, existent d'une manière indiscutable; la radiographie l'a prouvé.

III. — Les causes principales, qui, au cours du travail, donnent des présentations secondaires, sont :

- la multiparité;
- les bassins légèrement rétrécis;
- les gros enfants;
- la prématurité;
- la brièveté du cordon.

D'autres causes, mais celles-là d'une importance moindre, peuvent intervenir, ce sont :

- les monstres anencéphales;
- l'hydramnios;
- l'insertion basse du placenta.

IV. — Le pronostic maternel est très bon, comme dans les présentations du sommet.

V. — Le pronostic foetal, avec ses 10 p. 100 de mortalité, est moins bon que dans la présentation du sommet, abstraction faite des anencéphales et des prématurés, dont le pronostic propre est indépendant de la présentation.

VI. — L'accouchement se termine spontanément dans 66 p. 100 des cas, mais les interventions sont plus fréquentes que dans les présentations du sommet (34 p. 100 contre 5 à 15 p. 100).

Les applications de forceps viennent en première ligne (47 p. 100 des interventions). Les versions podaliques viennent ensuite avec une fréquence de 39 p. 100.

VII. — Dans les variétés mento-postérieures, la rotation du menton en avant constitue la clef de l'accouchement. Si elle ne s'exécute pas, il faut faire une application de forceps, tout en appuyant avec un doigt sur la voûte palatine pour assurer la déflexion (manœuvre de Lefour).

VIII. — Quand la face reste au détroit supérieur, on pratique une version podalique si le bassin est normal, ou une opération césarienne basse, dans le cas contraire.

VU : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. PERY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 mars 1935,
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

AGÜERO. — *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, mars 1934.

ANDÉRODIAS. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929, p. 343.

AUDEBERT et GALY-GASPARROU. — *Ibid.*, 1929.

BAR. — *Leçons cliniques*, 1909.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *Pratique de l'art de l'accouchement*.

BAUDELLOCQUE. — *Art des accouchements*, 1871.

BOSSI. — *Ann. d'obst. et de gyn.*, août 1887.

BRINDEAU. — *Obstétrique*, 1898, p. 234.

BROUHA, WÉRY et KRIDELKA. — *Liège médical*, juill. 1934.

CAZEAUX et TARNIER. — *Traité d'accouchements*, 1867.

CHATILLON. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, juill. 1931.

CHEVALIER. — *Thèses Paris*, 1909-1910.

COUVELAIRE. — *Pratique médico-chirurgicale*.

DEMELIN et DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur*, 1924.

DUNCAN (Matthews). — *Research in Obstetrics*, 1868.

FIEUX. — *C. R. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pédiat.*, Paris, oct. 1900.

FLEURENT. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.

FRABOULET. — *Thèses Paris*, 1923.

GONNET et BOURGET. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.

GUÉNIOT et SUZOR. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926.

GUÉNIOT. — *Ibid.*, 1934.

HECKER. — *Ueber die Schoedelform bei Gesichtslagen*, Berlin, 1869.

JEANNIN. — *Conférences d'accouchements*, 1909.

LACHAPELLE (Mme). — *Pratique des accouchements*, 1821.

- LITZMANN. — Traduction de Fochier, p. 168.
PETITJEAN. — Thèses Paris, 1904-1905.
PINARD. — Traité du palper abdominal.
ROSSIER et LELORIER. — *Gynécologie et obstétrique*, 1925.
SCHATZ. — *Archiv. für. Gynak.*, 1873.
SUZOR. — *Hôpital*, janv. et févr. 1934.
TARNIER et CHANTREUIL. — Traité des accouchements, 1888.
TRILLAT. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930.
TRILLAT et DUBOIS. — *Ibid.*, 1932.
VIGNES. — *Rev. gén. de clin. et de therap.*, juill. 1932.
WALLICH. — *Eléments d'obstétrique*, p. 316.
WÉRY et KRIDELKA. — *Bruxelles médical*, juill. 1934.
WOELZ. — *Gynécologie et obstétrique*, mai 1928.

